



**You have downloaded a document from  
RE-BUS  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym - badania pilotażowe

**Author:** Yvona Woźniakowa

**Citation style:** Woźniakowa Yvona. (2009). Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym - badania pilotażowe. W: Z. Dołęga, M. John-Borys (red.), "Zdrowie psychiczne uczniów - różne konteksty i odniesienia" (S. 185-195). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Yvona Woźniaková

## Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym — badania pilotażowe

### Wprowadzenie

Z pewnością trudno byłoby znaleźć człowieka, który w swoim życiu nie doświadczył choć krótkotrwałego pogorszenia kondycji zdrowotnej. Z perspektywy biologii choroba oznacza zaburzenie funkcjonowania organizmu, wynikające z osłabienia jego struktury lub ataku drobnoustrojów, z perspektywy zaś psychologii mówi się o chorobie jako o zachwianiu dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego (por. P e c y n a, 2000).

Dzieci mają subiektywną wiedzę na temat choroby czy zdrowia. Subiektywizm ten wynika z ogromnej liczby niepowtarzalnych doświadczeń każdego dziecka. Subiektywne koncepcje zdrowia i choroby stanowią indywidualną poznawczą reprezentację na temat zdrowia i choroby (S ę k, 1997). W literaturze przedmiotu często podkreślany jest fakt korespondowania subiektywnych koncepcji zdrowia i choroby z teoretycznymi modelami zdrowia. Część osób utożsamia bowiem zdrowie z brakiem choroby i odwrotnie, gdyż nie widzi możliwości własnej ingerencji w te stany, co odpowiada treściowo modelowi biomedycznemu. Pozostali traktują zdrowie jako cenny potencjał oraz jako stan harmonii, który można aktywnie chronić lub do którego można aktywnie dążyć. Ten rodzaj potocznej wiedzy zgadza się z holistyczno-funkcjonalnym modelem zdrowia, według którego zdrowie i choroba pozostają w stanie dynamicznej równowagi, a człowiek może w sposób odpowiedzialny i racjonalny kształtować ten proces (por. np. S ę k i in., 1992; S ę k, 1997; S h e r i d a n, R a d m a c h e r, 1998).

Doświadczenia związane z chorobą — te bezpośrednie, gdy dziecko samo choruje lub gdy choruje ktoś z bliskich mu osób, oraz pośrednie, np. przekazy rówieśników, przekazy medialne, film, literatura itd. — układają się w złożony treściowo obraz, koncepcję, wyobrażenie choroby. Sposób, w jaki dziecko rozumie chorobę oraz porządkuje i aktualizuje doświadczenia w tym względzie, determinowany jest przez możliwości poznawcze dziecka na danym etapie jego rozwoju (por. Bonner, Finney, 1996).

Rozwój poznawczy dzieci w wieku szkolnym odpowiada, według Jeana Piageta, stadium operacji konkretnych. Osiągnięcia związane z tym okresem rozwoju dziecka pozwalają na budowanie koncepcji dotyczących otaczającego świata, w tym również koncepcji zdrowia i choroby. I tak, decentracja, czyli branie pod uwagę wszystkich widocznych cech czy aspektów rzeczy i zjawisk, czyni myślenie dziecka coraz bardziej logicznym i spójnym. Odwracalność operacji umysłowych sprawia, że dziecko potrafi rozpoznawać i różnicować skutki zachowań zarówno własnych, jak i innych dzieci oraz osób dorosłych. Kształtowanie się intelektualnej autonomii wyznacza kierunek własnych dociekań; dziecko polega na swych przemyśleniach i spostrzeżeniach, nie przyjmuje bezkrytycznie opinii innych, ale ocenia je i porównuje z tym, co już wie, by wyciągnąć własne wnioski. Z kolei dostrzeżenie transformacji zjawisk pozwala dziecku lepiej zrozumieć związki między kolejnymi fazami przekształceń i zmian. W odniesieniu do obszaru zdrowia wydaje się, że dziecko już dobrze pojmuje znaczenie nawet niewielkich zmian samopoczucia oraz zmian w wyglądzie czy zachowaniu, które wiążą się np. z zapadaniem na określone schorzenia, z procesem odzyskiwania pełni sił vitalnych itd. Wreszcie efektem stopniowego uwalniania się od egocentryzmu jest między innymi zastanawianie się nad różnymi cechami ludzi i ich zachowaniem, uwzględnianie poglądów innych niż własne oraz przyjmowanie perspektywy innego człowieka (Wadsworth, 1998; por. też Schaffer, 2005).

Dzieci w wieku szkolnym osiągają możliwości poznawcze, które sprzyjają konstruowaniu koncepcji dotyczących wielorakich elementów otaczającej je rzeczywistości. A zatem pojmowanie zdrowia i choroby, jako zjawisk wprawdzie nienamacalnych, ale przejawiających się na różne konkretne sposoby, powinno znaleźć swój wyraz w dziecięcych opisach konkretnych zachowań, emocji czy symptomów, towarzyszących człowiekowi w sytuacji choroby.

## Badania nad rozumieniem choroby przez dzieci

Interesującego przeglądu badań nad rozumieniem zdrowia i choroby przez dzieci dokonali L.R. Schmidt i G. Lehmkuhl (1994). W konkluzji autorzy wskazali, że wśród prac empirycznych podejmujących tę problematykę przeważają prace poświęcone pojmowaniu choroby przez dzieci chore. Istotnie, większa dynamika zdarzeń i zachowań, poddających się obserwacji, towarzyszy sytuacji choroby, z którą każdy — dorosły czy dziecko — musi sobie w jakiś sposób poradzić. Podobny pogląd wyrażają np. J. Rodin i P. Salovey, stwierdzając, że „największy wpływ behawioralnych i psychospołecznych zmiennych na zdrowie i chorobę można zaobserwować w momencie, gdy system zostanie sprowokowany do działania” (Rodin, Salovey, 1997, s. 64). Zarówno długotrwała choroba dziecka, jak i sytuacja choroby kogoś bliskiego dziecku wpływać mogą na kształtowanie się koncepcji choroby u dziecka. Dzieci z takim doświadczeniem częściej niż inne pojmują chorobę jako rodzaj kary za niewłaściwe zachowanie, a ich wypowiedzi na ten temat nierzadko formułowane są w sposób sugerujący wcześniejsze, niż wskazywałby na to ich wiek, stadium rozwoju poznawczego (por. John-Borys, 2002).

Na gruncie polskim ciekawy przykład badań stanowi praca K. Puchalskiego (1997). W badaniach nad pojmowaniem zdrowia i choroby brały udział zdrowe dzieci i młodzież w trzech przedziałach wiekowych. Dzieci przedszkolne (pięcio- i sześcioletnie) wykonały 43 rysunki zatytułowane „choroba”, które następnie były z nimi omawiane. Na rysunkach widać chorujące dzieci, leżące w łózkach, w zamkniętych pomieszczeniach, w towarzystwie bliskich osób; dalej pojawiał się motyw gabinetu lekarskiego lub apteki, a także osoby starszej, chodzącej o lasce. Autor zauważył, że już małe dzieci zdecydowanie łatwiej wypowiadają się na temat choroby aniżeli zdrowia, podając najczęściej wiele objawów i skutków choroby: różne przykre dolegliwości, obniżenie nastroju, ograniczenie aktywności, konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich itd. W grupie dzieci szkolnych (w wieku 11—13 lat) przeanalizowano 51 rysunków oraz 129 krótkich pisemnych odpowiedzi na pytanie „Co to jest choroba?”. Rysunki w większości ukazują wybrany aspekt działalności służby zdrowia: karetkę, szpital, lekarza, pielęgniarkę. Wypowiedzi dzieci szkolnych skupiały się wokół umiejscowienia choroby w ciele człowieka, rozróżniania chorób (podawanie nazw konkretnych schorzeń albo stopniowanie choroby: lżejsza — cięższa, groźna — mniej groźna, podział na choroby fizyczne i psychiczne) oraz wskazywania przyczyn (lekceważenie zasad zdrowego trybu życia i higieny, zakażenie, zarażenie się), a także objawów i skutków chorób (złe

samopoczucie, wyczerpanie, ból, ograniczenie funkcjonowania). Dzieci dostrzegały też, że niektórych schorzeń nie można wyleczyć, co prowadzić może do trwałego osłabienia zdrowia, a nawet do śmierci. W wypowiedziach przeważała negatywna ocena choroby (por. Puchalski, 1994, 1997). Podobnych wyników dostarczają badania nad koncepcją zdrowia i choroby u dorastających, które przeprowadziła M. John-Borys (2002). Analizie poddano wypowiedzi 120 uczniów klas V, VI i (podówczas) VII w wieku 12—14 lat, zebrane przy użyciu wywiadu strukturalizowanego, który zawierał pytania dotyczące wyglądu i zachowania osób zdrowych i chorych, znajomości chorób i ich przyczyn, przeżyć osób chorych oraz sposobów oraz rodzicielskich przekazów na temat dbania o dobry stan zdrowia. W obrazie choroby u dorastających na pierwszy plan najczęściej wysuwały się takie symptomy, jak: dolegliwości somatyczne i bólowe, wyczerpanie sił witalnych, smutek, przygnębienie i brak zainteresowania ludźmi, a następnie zmiany w wyglądzie zewnętrznym i spadek aktywności, niekiedy lęk i poczucie zagrożenia. Dowiedziono także, że płeć badanych uczniów oraz typ rodziny w znaczący sposób wpływają na koncepcje zdrowia i choroby u dorastających (por. John-Borys, 2002).

## Problem

Prezentowane dalej analizy stanowią próbę zastosowania techniki „Draw and Write” w badaniach nad rozumieniem czy też, inaczej, koncepcją choroby, jaką mają młodsze dzieci. Uwzględniając charakterystyki rozwojowe dzieci w młodszym wieku szkolnym, zwłaszcza ich możliwości i osiągnięcia w zakresie rozwoju poznawczego, jak również dostępne dane empiryczne, sformułowano założenie, że koncepcja zdrowia oraz koncepcja choroby, jaką mają dzieci winna mieć zbliżoną strukturę. Badania autorki nad koncepcją zdrowia pokazały, że młodsze dzieci opisują zdrowie, odwołując się do własnej wiedzy na temat wyglądu, samopoczucia i aktywności człowieka, który jest zdrowy, do wiedzy o zasobach pomagających zachować dobre zdrowie oraz o zachowaniach sprzyjających zdrowiu (Woźniaková, 2006). Analizowano, co dzieci wiedzą o zdrowiu, jakie zasoby uważają za ważne dla zdrowia, a w konsekwencji — jak wiedza ta przejawia się w konkretnych zachowaniach. Pokazano, że zdrowie psychiczne stanowi nieodłączny aspekt dziecięcej wiedzy o zdrowiu, a wśród wymienianych zachowań służących zdrowiu niektóre dzieci podkreślają też konieczność świadomego podejmowania pewnych wysiłków będących wrazem dbałości o dobre samopoczucie psychiczne.

W podjętych aktualnie poszukiwaniach badawczych zakłada się więc, że zdrowie i choroba, jako dwa krańce jednego kontinuum, będą miały w koncepcjach dzieci podobną strukturę. Zgodnie z tym przypuszczeniem postanowiono zapytać dzieci, jak, ich zdaniem, wygląda, jak się czuje, co robi człowiek chory, oraz co można zrobić, by nie chorować. Na koncepcję choroby, jaką mają dzieci będą składały się zatem cztery elementy: wiedza dotycząca wyglądu, samopoczucia oraz zachowań osoby chorej, a także znajomość sposobów, które pozwalają uniknąć choroby bądź szybciej wrócić do zdrowia.

## Metoda

W badaniach pilotażowych wzięło udział 57 dzieci ze szkół podstawowych z terenu Górnego Śląska: 34 dziewczynki i 23 chłopców. Dwoje dzieci miało 6 lat (klasa zerowa), kolejna dwójka 11 lat, pozostałe zaś mieściły się w przedziale wiekowym od 7 do 10 lat. Materiał zebrano przy współudziale studentów V roku psychologii Uniwersytetu Śląskiego w ramach zajęć ze specjalizacji wychowawczo-klinicznej dzieci i młodzieży.

Planując badania, zdecydowano się sięgnąć kolejny raz po wielokrotnie sprawdzoną w praktyce badawczej technikę „Draw and Write”. Główną — w mniemaniu autorki — zaletę tejże techniki stanowi możliwość przyjemnego i nieskrępowanego wyrażenia przez dziecko właśnie tych pierwszych skojarzeń z podjętym tematem, które pojawiają się w jego myślach w trakcie rysowania. Ten prosty zabieg — aktywizowanie poznawcze dziecka za pośrednictwem ekspresji plastycznej — umożliwia zarejestrowanie i dalszą analizę pisemnej wypowiedzi dziecka. Wypowiedź ta, wolna od sugestii badacza, stanowi cenną esencję pewnego fragmentu subiektywnej, niepowtarzalnej wiedzy dziecka. Technikę tę wprowadził w życie prawie 20 lat temu zespół psychologów brytyjskich (por. Williams i in., 1989a, 1989b), w Polsce posłużyli się nią Ostaszewski, pracując nad ewaluacją programu profilaktycznego (Ostaszewski, 1995), oraz autorka, badając koncepcję zdrowia dzieci (Woźniaková, 2006). Dziecko proszone jest o wykonanie rysunku na podany temat, a po zakończeniu rysowania poleca się mu sporządzenie krótkiej pisemnej wypowiedzi na zadane pytanie. Należy powstrzymać się od jakiejkolwiek ingerencji, od komentarzy czy od pomagania dziecku w trakcie rysowania i pisania, gdyż zachowania takie mogłyby zakłócić myślenie dziecka o danej sprawie. Technikę wykorzystać można zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych.



Należy pamiętać, że rysowanie spełnia jedynie funkcję aktywizującą, prace plastyczne nie podlegają ocenie. Analizie poddawane są wyłącznie pisemne wypowiedzi dzieci — są one kategoryzowane, a indywidualne prace ocenia się pod kątem frekwencji występowania. Tym razem w badaniu od każdego dziecka uzyskano dwa rysunki, których treść korespondowała z podanym wcześniej założeniem o czteroelementowej strukturze dziecięcej koncepcji choroby. Dzieci pracowały przez około 50 minut. Zastosowano następującą instrukcję:

Rysunek 1: *Chory człowiek*

Pomyśl proszę i narysuj człowieka, który jest chory. Obok rysunku napisz, jak wygląda, jak się czuje, co robi człowiek chory.

Rysunek 2: *Żeby nie chorować*

Pomyśl proszę i narysuj siebie, i co Ty robisz, żeby nie chorować. Obok rysunku napisz, co robisz, żebyś nie chorował.

## Wyniki badań i wnioski

W procesie opracowywania uzyskanego materiału postępowano zgodnie z procedurą porządkowania danych jakościowych (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). Rozpoczęto od analizy ilościowej, czyli od sklasyfikowania pisemnych wypowiedzi wszystkich dzieci — każdą wypowiedź przyporządkowano do jednej z kilkunastu kategorii opisowych. Następnie obliczono frekwencje wypowiedzi w każdej z kategorii, co pozwoliło na ułożenie kategorii w porządku hierarchicznym. W kolejnej fazie porównano frekwencje występowania poszczególnych kategorii opisowych w zależności od płci badanych dzieci. Wyłonione w ten sposób różnice stanowiły podstawę jakościowej interpretacji.

W tabeli 1 przedstawiono frekwencje kategorii opisowych dotyczących chorego człowieka w porządku malejącym. Tabela 2 obrazuje frekwencje kategorii opisowych porządkujących wypowiedzi dzieci do rysunku *Żeby nie chorować*. Liczba kategorii opisowych może wydawać się duża. Jeżeli jednak zamiarem badacza jest poznanie dziecięcego spojrzenia na sprawy otaczającego świata, to wszystkie wypowiedzi są dla niego cenne, zatem kategorii opisu musi być tyle, by „wchłonąć” każdą niepowtarzalną wypowiedź dziecka. Redukcja kategorii oznaczałaby redukcję informacji.

W trakcie prac nad kategoryzacją dziecięcych wypowiedzi nie sposób było oprzeć się wrażeniom, jakie wywoływały w większości rysunki dzieci przedstawiające chorego człowieka. Nadmieniono już, że plastyczna strona zastosowanej techniki nie odgrywa żadnej roli w interpretacji, trudno

Tabela 1

**Frekwencje kategorii opisu chorego człowieka  
(w porządku malejącym)**

Rysunek <i>Chory człowiek</i> — kategorie opisowe	Frekwencja
Ograniczenie aktywności człowieka	45
Zmienione samopoczucie	38
Zmieniony wygląd	38
Dolegliwości somatyczne	33
Wizyty u lekarza (badania, leczenie)	30
Zmienione zachowanie	15
Ból	14
Przykre emocje	12
Konkretne schorzenia i ich objawy	6
Lęk, poczucie zagrożenia	0

Tabela 2

**Frekwencje kategorii opisu podawanych przez dzieci sposobów,  
by nie chorować (w porządku malejącym)**

Rysunek <i>Żeby nie chorować</i> — kategorie opisowe	Frekwencja
Zdrowe odżywianie i napoje	43
Leki, witaminy, zioła	28
Ruch, aktywność fizyczna, sport, gimnastyka	17
Utrzymanie temperatury	11
Odpoczynek	9
Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu	7
Wizyty u lekarza (badania, leczenie, profilaktyka)	6
Wizyty u stomatologa (badania, leczenie, profilaktyka)	2
Umiar w korzystaniu z telewizji lub komputera	2
Higiena	1
Dbłość o dobre samopoczucie (np. dobry humor)	0

jednak nie wspomnieć w tym miejscu o przygnębiającej kolorystyce, jaka pojawiła się w większości prac. Chorzy ludzie przedstawiani byli jako osoby bardzo brzydkie, ponure lub smutne. Wrażenia te znalazły potwierdzenie w pisemnych komentarzach dzieci.



Wśród kategorii opisowych, które odzwierciedlały treści podawane przez dzieci w komentarzach do rysunków przedstawiających chorobę, dominowały opisy choroby jako rodzaju ograniczenia aktywności człowieka. Dzieci uważały, że chory musi przede wszystkim leżeć w łóżku (ten atrybut choroby pojawiał się najczęściej), nie może wychodzić na podwórko, nie może się bawić. Wymieniały też inne ograniczenia, takie jak: usztywnienie kończyny szyną lub gipsem, konieczność jeżdżenia na wózku, chodzenia o lase, trudności ze wstawaniem, niemożność poradzenia sobie „z niczym”. Choroba to też ograniczenia snu, niewyspanie. Dzieci wskazywały również często zmiany w wyglądzie zewnętrznym oraz pogorszenie samopoczucia. Zmieniony wygląd oznaczały: zaczerwienienie twarzy bądź bladość skóry, opuchlizna, bąble, zapadnięte policzki. Inny rodzaj zmian w wyglądzie dzieci łączyły ze spadkiem atrakcyjności — stąd określenia: nieładny, brzydki, paskudny, chudy, zmizerniały, łysawy, brzydko pachnie, chodzi w piżamie, w ciemnym ubraniu. Pozostałe opisy dotyczące wyglądu były bardziej ogólne, np.: chory człowiek wygląda choro, niezdrowo, niezbyt dobrze, słabo, marnie, niewyraźnie lub po prostu źle. Nienajlepsze samopoczucie dzieci opisywały też albo w sposób ogólnikowy (np. ktoś chory czuje się źle, niedobrze, słabo, okropnie, ciężko), albo bardziej szczegółowo (osoba chora czuje się nieszczęśliwa, pokrzywdzona, skrzywdzona przez los, zmęczona, osłabiona, ponura, często płacze). W kategorii opisów dolegliwości somatycznych przeważały katar i kaszel, gorączka, pojawiały się także wymioty i nudności, szczypanie oczu, złamanie. Kategoria kolejna to opisy związane z osobą lekarza i jego zaleceniami — gdy człowiek chory chodzi do lekarza, czasem do szpitala (leżeć lub na operację), chodzi na kontrole, jeździ do sanatorium i wreszcie — leczy się, czyli łączywa tabletki, bierze lekarstwa, syropy, zastrzyki, których się nie lubi. Zmiany w zachowaniu dzieci oceniały jako ospałość, zaniedbywanie higieny, brak chęci do jedzenia, nicnierobienie, brak motywacji do działania (nic się nie chce). Ból w opinii dzieci to na ogół doznanie ściśle umiejscowione — może boleć głowa, nos, gardło, mogą boleć nogi, może tak po prostu boleć, boleć bardzo, często, można być aż czerwonym z bólu, cierpieć. Z chorobą wiążą się przykre emocje — dla dzieci łączone w jedną: choroba oznacza smutek. Dziewczynki wymieniały jeszcze konkretne choroby i ich objawy — astmę, ospę, raka.

W komentarzach do rysunku drugiego frekwencje wypowiedzi w poszczególnych kategoriach były znacznie zróżnicowane. Większość dzieci w odpowiedzi na pytanie, co robić, by nie chorować, zaleciła spożywanie zdrowych produktów. Zakres kategorii „zdrowe odżywianie” okazał się szeroki — począwszy ogólnie od warzyw i owoców, przez marchewki, jabłka, zupy, mleko, syrop z malin, a na cieplej herbacie z cytryną skończywszy.

Wiele dzieci zażywa witaminy, syropy uodparniające i inne, herbatki ziołowe, tran. Stosunkowo często pojawiały się opisy jakiej formy aktywności fizycznej oraz zalecenia przebywania na świeżym powietrzu. W kilku wypowiedziach zapobieganie chorobie łączyło się z ubieraniem się zgodnie z panującymi warunkami pogodowymi oraz z odpoczynkiem, natomiast pozostałe kategorie, włącznie z profilaktyką, nie były reprezentowane wcale lub prawie wcale. Szczególnie niepokojące jest to, że żadne z dzieci nie dostrzegło związku między dobrym samopoczuciem, energią, a zapobieganiem chorobie.

Wyniki badania pilotażowego zachęcają do podjęcia szerszej zakrojonych badań na dużej grupie dzieci. W porównaniu z wnioskami płynącymi z badań innych autorów, przedstawione tu wyniki pokazują jednak nieco odmienny obraz choroby, jaki mają uczniowie początkowych klas szkoły podstawowej. Badane dzieci najczęściej kojarzyły chorobę z ograniczeniem któregoś z istotnych dla nich wymiarów codziennego funkcjonowania, z wyrazistą zmianą wyglądu zewnętrznego lub z pogorszeniem samopoczucia. Dopiero dalsze miejsca hierarchii opisowych zajęły: dolegliwości fizyczne i konieczność udania się do placówki służby zdrowia. W przytaczanych już badaniach Puchalskiego (1997) dzieci szkolne często opisywały chorobę, łącząc ją z jakimś konkretnym schorzeniem (grypą, rakiem itd.) oraz z dolegliwościami bólowymi; niemożność bycia w pełni aktywnym jako korelat choroby pojawiała się rzadziej. Z kolei nieco starsze dzieci, jak pokazała John-Borys, za objawy chorobowe uznały przede wszystkim dolegliwości somatyczne oraz przygnębienie, natomiast zmiany w wyglądzie i zachowaniu, do których autorka zaliczyła również ograniczenia w aktywności, pośrednio bądź bezpośrednio związane z chorobą, zajęły w ich obrazie choroby dalsze miejsca (por. John-Borys, 2002). Wniosków zbliżonych do tych, jakie wynikały z badań pilotażowych, dostarczyli między innymi L.R. Schmidt i H. Fröhling (2000) w swoich badaniach nad koncepcją zdrowia i choroby. W ich studium dzieci w wieku 8–12 lat przedstawiały opisy świadczące o utożsamianiu choroby najczęściej z niemożliwością bycia aktywnym, z koniecznością leżenia w łóżku, a następnie ze złym nastrojem i doświadczaniem bólu (Schmidt, Fröhling, 2000).

## Podsumowanie

Otrzymane wyniki badań własnych pokazały, że dzieci w młodszym wieku szkolnym łączą chorobę z określonymi deficytami dobrostanu za-

równie fizycznego, jak i psychicznego oraz społecznego. Można powiedzieć, że według badanych dzieci ograniczenia natury cielesnej pociągają za sobą ograniczenia w funkcjonowaniu, np. uniemożliwiają zabawę, kontakt z rówieśnikami, korzystanie z przyjemności, jakie daje zdrowy sen i dobry apetyt. Gdy ciało odmawia posłuszeństwa, boli albo w inny przykry sposób daje o sobie znać, zawężeniu ulega także świat uczuć i doznań — obniżony jest nastrój, chce się płakać lub spać albo nie chce się nic. W obrazie choroby badanych dzieci wyraźnie obecne są trzy elementy składające się na ich wiedzę o chorobie: zmiany w przejawianej aktywności (w zachowaniach), zmiany dotyczące wyglądu i funkcjonowania ciała oraz zmiany samopoczucia, świadczące o czasowym pogorszeniu kondycji psychicznej. Jeżeli natomiast przyjrzymy się wymienianym przez dzieci zachowaniom, które miałyby sprzyjać wyleczeniu lub wręcz zapobiegać chorobom, kilka faktów zastanawia. Silne okazało się przekonanie badanych dzieci, że wystarczy jeść lekarstwa oraz witaminy, czy to w postaci warzyw, owoców, soków czy też tabletek, syropu, aby zapewnić zdrowie ciała. Znacznie rzadziej dzieci akcentowały jedno z ważnych zachowań profilaktycznych — jakąś formę aktywności fizycznej. Wydaje się że zaspokajanie naturalnej potrzeby ruchu ustępuje powoli realizowaniu potrzeb i rozrywek nie wymagających wysiłku mięśni. Ruch zresztą wpływa pozytywnie nie tylko na kondycję fizyczną, ale daje wiele radości, zadowolenia, poprawia nastrój itd. Zastanawiające jest także, że wśród wielu wypowiedzi nie znalazła się żadna, wskazująca na jakiegokolwiek działanie, aktywność, staranie, które zmierzałyby do wzmocnienia, chronienia dobrego samopoczucia psychicznego. W badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez dzieci kategoria taka zajęła wysokie miejsce. Być może fakt ten powinien stanowić sygnał dla pedagogów szkolnych, nauczycieli pracujących na co dzień z uczniami początkowych klas szkoły podstawowej. Analiza treści przekazanych przez dzieci świadczy o tym, że rozumieją one dobrze pojęcie dobrostanu fizycznego, potrafią nazwać różne zjawiska towarzyszące zachwianiu tego dobrostanu, podają wielu sposobów przywrócenia równowagi. Być może małe dzieci nie rozumieją jeszcze dobrze dobrostanu w sensie psychicznym, warto zatem poświęcić temu zjawisku więcej uwagi, uwzględniając zwłaszcza w programach profilaktycznych elementy uczące dzieci rozpoznawania, nazywania oraz wzmacniania własnego dobrostanu psychicznego.

## Literatura

- Bonner M., Finney J., 1996: *A Psychosocial Model of Children's Health Status*. In: *Advances in Clinical Child Psychology*. Eds. T.H. Ollendick, R. J. Prinz. Vol. 18. New York: Plenum Press.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcje zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ostaszewski K., 1995: *Zastosowanie techniki „Draw and Write” do oceny skuteczności szkolnego programu profilaktyki uzależnień „Spójrz inaczej”*. „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2(19).
- Pecyna S.M.B., 2000: *Dziecko i jego choroba*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Puchalski K., 1994: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, R. 1, nr 1—2.
- Puchalski K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
- Rodin J., Salovey P., 1997: *Psychologia zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. J. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer R.H., 2005: *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schmidt L.R., Fröhling H., 2000: *Lay Concepts of Health and Illness from a Developmental Perspective*. „Psychology and Health”, vol. 15, s. 229—238.
- Schmidt L.R., Lehmkühl G., 1994: *Krankheits-Konzepte bei Kindern. Literaturübersicht*. „Fortschritte — der Neurologie — Psychiatrie”, Februar, Vol. 62 (2), s. 50—65.
- Sęk H., 1997: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna, a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992: *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. „Przegląd Psychologiczny”, R. 35, nr 3, s. 351—363.
- Sheridan C.L., Radmacher S.A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Wadsworth B.J., 1998: *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989a: *A Picture of Health. What do You do that Makes You Healthy and Keeps You Healthy?* [Southampton]: Health Education Authority.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989b: *A Way in Five Key Areas of Health Education*. [Southampton]: Health Education Authority.
- Woźniaková Y., 2006: *Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia w wieku szkolnym*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.